

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

252

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Juillet 1886, à 1 heure.

PAR AUGUSTIN RAVAL

Né à Pleurtuit (Ille-et-Vilaine), le 5 octobre 1860.

Ex-interne à l'Hôtel-Dieu de Rennes,

Ex-prosecteur et lauréat (1882) de l'Ecole de médecine de Rennes.

DE

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS CHEZ LES ALBUMINURIQUES

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. } BALL, professeur.
RAYMOND, QUINQUAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
ELIEN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

232

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR

A MON PARRAIN ET A MON FRÈRE DÉVOUÉS

A MA MARRAINE ET A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PETER

Médecin de l'hôpital de la Charité.
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin des hôpitaux.

A TOUS MES ANCIENS MAÎTRES DE L'ÉCOLE
DE RENNES

ET EN PARTICULIER A MES EXCELLENTS CHEFS DE SERVICE
DE L'HÔTEL-DIEU

MM. LES PROFESSEURS DELACOUR, AUBREY
DAYOT, REGNAULT

DE

L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS

CHEZ LES ALBUMINURIQUES

INTRODUCTION

Les accidents syphilitiques ne sont pas toujours semblables à eux-mêmes. Ils se montrent singulièrement inégaux comme intensité et comme gravité chez les différents sujets qu'ils affectent. C'est là un fait connu de tous les médecins et que n'ignorent même pas les gens du monde. Un certain nombre de privilégiés ne prennent de la diathèse que des manifestations superficielles et légères, que des accidents bénins et qui s'éteignent presque spontanément. D'autres, au contraire, sont plus sévèrement atteints, plus profondément touchés. Dès le début les éruptions cutanées et muqueuses se montrent avec un caractère de grande gravité. Elles sont multiples, intenses, confluentes et résistent au traitement. Des poussées successives apparaissent en se serrant de près et nécessitent tous les efforts d'une bonne hygiène et d'un traitement énergique. Cependant là n'est pas le danger

le plus grand. Restent encore les accidents de la syphilis tertiaire. Ceux-là sont plus redoutables et peuvent se montrer implacables.

Tels sont les faits cliniques et l'enseignement qui ressort de tant d'observations journalières. L'inégalité des manifestations syphilitiques chez les différents sujets est flagrante. Chacun paie sa dette ; mais il la paie plus ou moins cher. Tous sont imprégnés ; mais ils le sont plus ou moins.

Ces différences de gravité de la syphilis, après avoir attiré l'attention, devaient susciter des recherches. Il était tout naturel que l'on se demandât le pourquoi de ces inégalités et que l'on cherchât à se rendre compte de ces privilèges. Il devait y avoir des conditions présidant soit à cette bénignité, soit à cette malignité.

On pensa, tout d'abord, au germe syphilitique et l'on crut pouvoir rattacher à la nature du virus la nature des accidents consécutifs. Une syphilis intense engendrait une syphilis grave. Des faits nombreux réfutent cette théorie, et l'opinion de ceux qui imputent à la qualité du terrain la cause de l'inégale répartition des manifestations de la syphilis, est la plus généralement admise, et nous dirons même la seule adoptée de la science moderne.

M. le professeur Fournier, dont l'autorité est grande en cette matière, n'admet dans ses leçons qu'une seule variété du virus donnant la syphilis constitutionnelle. Il rattache les différences d'intensité et de gravité de la syphilis à la nature du terrain sur lequel s'implante le virus, à la constitution des individus, aux bonnes ou aux

mauvaises conditions d'hygiène. Dans ses cliniques du mois de mai 1886, nous le voyons ne tenir aucun compte de la qualité du virus et admettre, indépendamment des causes générales qui peuvent aggraver la syphilis, six facteurs spéciaux de la vérole.

Il place en tête l'alcoolisme et la scrofulo-tuberculose; puis viennent l'impaludisme, certaines conditions d'âge, la prédisposition héréditaire ou acquise, l'absence ou l'insuffisance du traitement de la diathèse.

A ces causes de gravité de la syphilis, nous pensons que l'on peut joindre l'albuminurie. Chez les albuminuriques, en effet, la syphilis nous a semblé revêtir des caractères particulièrement graves. Les éruptions se montrent intenses; leurs éléments sont très rapprochés, parfois confluents au point d'en modifier l'objectivité.

Les poussées éruptives sont nombreuses, fréquentes et même subintrantes. Certaines déterminations cutanées et muqueuses appartiennent à des types graves de syphilides. Les centres nerveux sont touchés à une époque peu éloignée de l'accident primitif, et sont déjà sévèrement atteints.

Frappé par cette évolution de la diathèse chez les individus albuminuriques, évolution différente de celle des syphilis que nous observons le plus ordinairement, c'est-à-dire des syphilis bénignes, nous avons pensé qu'il serait intéressant et utile de prendre ce sujet pour notre thèse inaugurale.

C'est sous l'inspiration de notre maître, M. Raymond, professeur agrégé, que nous venons traiter cette partie de la pathologie syphilitique : grâce à ses bons conseils

nous avons pu nous initier à cette question et nous tenons à lui en témoigner ici toute notre reconnaissance.

Tous nos remerciements également à notre maître éminent, M. le professeur Peter, de la bienveillance qu'il nous a témoignée et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

Le premier chapitre sera consacré à l'historique. Dans le second nous exposerons nos observations et nous les ferons suivre d'une courte analyse relatant les principaux faits et les symptômes importants qu'elles contiennent.

Au chapitre suivant nous montrerons, en donnant les symptômes de gravité qu'a présentés la syphilis chez nos malades, de quelle façon l'albuminurie a influé sur l'évolution de la diathèse. Nous comparerons les accidents que comportent nos observations à ceux des syphilis bénignes et nous en rechercherons la pathogénie. Dans le quatrième chapitre nous étudierons le pronostic de la syphilis chez les albuminuriques ; puis, dans un cinquième, nous discuterons la question du traitement. Enfin nous tirerons les conclusions de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On s'est beaucoup occupé des déterminations de la syphilis sur les reins. A différentes époques nous trouvons de savants ouvrages sur ce point de la pathologie syphilitique. Après Rayer, viennent MM. Lancereaux et Coupland. M. Cornil a aussi touché cette partie des déterminations de la syphilis dans ses cliniques de Lourcine (1879). En 1882, Cohadon consacrait sa thèse inaugurale aux albuminuries, la période secondaire de la syphilis. Un peu tard, la même année, nous voyons Negel prendre la syphilis rénale pour texte de sa thèse inaugurale et traiter longuement ce sujet.

Nous nous sommes fait un devoir de rechercher l'historique de la réciproque, c'est-à-dire de l'influence de l'albuminurie sur l'évolution de la syphilis. Nos recherches nous ont montré les différentes études faites sur les causes de gravité de la syphilis. Après Hunter, qui avait noté l'influence de la scrofule sur la syphilis, nous voyons M. Ricord parler du scrofulate de vérole. Ailleurs, il nous dit : il ne fait pas bon prendre la syphilis dans la vieillesse. Plusieurs syphilographes, Revillet entre autres, signalent les rapports de la vérole et de la dartre. M. le professeur Verneuil, en 1881, au congrès de Londres, fait une communication sur les hybridités de la scrofule, de la tuberculose et du cancer. Il nous

montre que c'est habituellement la scrofule, état antérieur, qui agit sur la syphilis, état surajouté, et que la réciproque est plus rare ; que, si la tuberculose ne favorise pas l'apparition des lésions graves et rebelles de la syphilis, elle les entretient indéfiniment à coup sur.

Dans sa réponse à la communication de M. Verneuil, Hutchinson de Londres dit n'avoir pas remarqué que la syphilis fût notablement influencée par les diathèses. Bien plus, il dit que, ce qui l'a surtout frappé dans l'évolution de la syphilis, c'est l'identité, la fixité et la constance de ses manifestations, en dépit et au travers de toutes les diathèses. Bennett de Dublin et Drysdale de Londres partagent l'opinion de Hutchinson et déclarent ne pouvoir suivre M. Verneuil sur le terrain de la combinaison des diathèses et de la théorie générale de l'hybridité morbide.

Néanmoins, en France, les recherches continuent. En 1884, Ozenne soutient sa thèse inaugurale sur l'hybridité cancéro-syphilitique, de la cavité buccale en particulier. Enfin, tout récemment, dans les semaines dernières, nous assistions aux savantes cliniques de M. le professeur Fournier sur les facteurs spéciaux de gravité de la syphilis.

Mais, en ce qui concerne l'influence de l'albuminurie sur l'évolution de la syphilis, la pathologie reste presque muette. Nos longues et laborieuses recherches nous ont montré que la question était toute récente. La priorité en revient à notre maître, M. Raymond, qui en a rapporté un cas, en 1879, dans la clinique médicale de la Charité de M. Vulpian. En 1881, M. Barthélémy en re-

late un autre dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Il fait ensuite remarquer la gravité de la syphilis chez cette femme albuminurique. Mais il ne va pas plus loin dans l'interprétation des phénomènes.

Il passe ensuite au traitement et fait voir que cette albuminurie, qui n'est pas d'origine spécifique, n'est nullement influencée par le traitement antisypilitique. En 1882, M. le D^r Rémy faisait publier dans la thèse de Négel, une observation d'albuminurie grave : mais il ne faisait que mentionner les accidents syphilitiques concomitants, qui étaient d'une gravité non moins grande, sans faire ressortir l'influence que l'albuminurie avait pu exercer sur l'évolution de la syphilis.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Le nombre d'observations, que nous allons présenter dans ce chapitre, paraîtra peut-être insuffisant pour prouver que l'albuminurie chez les syphilitiques doit être considérée comme un facteur de gravité de la syphilis. Nous n'avons point la prétention de faire la lumière complète sur ce point délicat des affections syphilitiques et de fixer d'une façon définitive l'influence nocive que la présence de l'albumine dans les urines exerce sur leurs symptômes, leur marche et leurs conséquences.

Nous avons seulement l'intention d'exposer les faits que nous avons observés et qui nous ont été communiqués ; puis d'en étudier l'évolution et de rechercher s'ils présentent des caractères de malignité que l'on ne rencontre pas chez les individus, qui, forts, vigoureux et exempts de toute diathèse acquise ou héréditaire, de toutes habitudes mauvaises, contractent la syphilis.

OBSERVATION I.

Publiée par le Dr Barthélemy dans les Annales de dermatologie et de syphiligraphie (année 1881).

Albuminurie. — Accidents syphilitiques graves.

Mout..., âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre le 7 janvier, salle Saint Thomas, n° 32.

Mère rhumatisante. Père mort à 43 ans d'une albuminurie. Antécédents personnels mauvais ; rachitisme ; accidents rhumatismaux à l'âge de 20 ans ; attaque intense de rhumatisme articulaire aigu. Mariée à 16 ans, elle avait eu un enfant l'année suivante : à 21 ans, elle en eut un second. Pendant sa grossesse, elle avait eu de l'œdème des jambes et des troubles de la vue. Après ses couches elle eut de l'œdème des paupières et conserva l'enflure des jambes, surtout le soir. Quatre mois après son accouchement elle dut entrer à la Charité, où elle fut soignée pour une albuminurie pendant onze mois. Elle sortit de cet hôpital conservant encore des œdèmes palpébraux, des troubles de la vue, de l'albumine dans l'urine et des accidents pulmonaires.

C'est sur ces entrefaites qu'elle contracta la syphilis. Roséole interne, puis syphilides papulo-érosives de la vulve. Presque aussitôt se montrèrent une céphalalgie intense et une fièvre vespérine, en même temps que l'état général s'altéra : pâleur, amaigrissement, palpitation, algidité, vertiges, tremblement des

membres et de la langue, insomnie et vomissements très fréquents, ostéalgies multiples.

7 janvier. Cet état, malgré les traitements les plus rationnels, se prolonge pendant huit mois. A ce moment apparaît une périostose frontale. La malade est si faible qu'elle ne peut littéralement pas faire un seul pas sans aide. Les vertiges deviennent plus forts. L'asthénie devient intellectuelle. La malade perd la mémoire. Elle ne peut plus lire, parce qu'elle ne comprend pas son journal et qu'elle se sent incapable de calcul, de tout acte intellectuel. Café, lait, frictions hydragyriques 5 gr., iodure de potassium 2 gr. Bains sulfureux.

18 mars. Malgré une assez notable amélioration, état toujours grave (frictions avec hydrargyre 8 gr.). L'amélioration, après avoir continué pendant quelques semaines, est aujourd'hui arrêtée; l'état est stationnaire. Iodure de potassium 2 gr. et sublimé.

Au mois de mai, la malade est toujours en état d'asthénie. La marche est difficile, s'opère par secousses et exige des balancements pour le maintien de l'équilibre. Les urines sont toujours albumineuses. La malade est rappelée en ville pour affaire de famille.

Cette observation nous présente une malade atteinte d'albuminurie et devenant syphilitique. Nous assistons à l'évolution de la maladie. Les accidents se montrent graves dès le début et gardent cette gravité jusqu'à la sortie de la malade. La roséole est intense. La vulve est couverte de syphilides papulo-érosives. Les centres nerveux sont touchés à une époque jeune de la diathèse. Au huitième mois, l'asthénie est telle que la malade ne peut plus marcher sans aide. La marche s'opère avec tremblement d'abord, puis par secousses et balancements. La mémoire se perd à cette même date et la ma-

lade ne peut plus lire son journal. Elle présente aussi de l'algidité.

Malgré un traitement dirigé par des mains habiles et longtemps continué, l'état reste grave. L'amélioration, assez notable, que produit le mercure au début, s'arrête et les accidents restent stationnaires.

Les urines sont toujours albumineuses; mais l'albuminurie n'a pas été aggravée par le traitement spécifique.

OBSERVATION II (inédite).

Recueillie dans le service de M. le D^r Raymond et communiquée par l'interne de service, M. Florand (1).

Albuminurie. — Syphilis avec accidents secondaires graves.

G... (Jean), âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le D^r Raymond, salle Magendie, lit n^o 4, le 12 avril 1886. Il est difficile, dès le jour de son entrée, d'obtenir par lui des renseignements précis sur son état antérieur ou ses antécédents. Il est dans un état de somnolence presque continue.

Si on l'examine avec soin, on remarque qu'il a la figure bouffie, un peu d'œdème au niveau des malléoles, une grande pâleur des téguments. Il accuse de violents maux de tête et appelle l'attention sur une grande gêne de la déglutition. Sa voix est très nasonnée, il ouvre assez difficilement la bouche. On peut cependant voir que sa gorge est rouge, que ses amygdales sont tuméfiées et recouvertes de plaques gris noirâtres, qui cachent des ulcérations peu profondes. L'haleine est fétide. Les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés. Ils forment à droite une masse volumineuse, dure et très douloureuse.

Sur la face dorsale des mains et surtout de la main droite il

(1) Nous tenons à remercier ici M. Florand de l'amabilité avec laquelle il nous a communiqué cette observation et nous a fait notre numération des globules du sang.

existe une large croûte noirâtre irrégulièrement circulaire, entourée d'une aréole rouge foncée et d'un peu d'œdème, et recouvrant une ulcération profonde, à bords assez réguliers.

Pléiade ganglionnaire dans l'aîne du côté gauche. Cicatrice très nette de chancre induré sur le gland.

Les urines sont rares, foncées, très chargées en albumine.

Rien du côté du cœur et des poumons. Aucun phénomène du côté de la sensibilité ou de la motilité.

Le malade fait aux questions qui lui sont posées des réponses assez incohérentes. Il paraît cependant résulter des renseignements obtenus soit par les gens qui l'ont amené, soit par ce qu'il nous a dit dans la suite, que le début de sa syphilis remonte à cinq mois environ.

Il était, à cette époque, malade et fatigué depuis plusieurs mois. Il avait été abandonné par sa femme il y a un an. Depuis lors il s'était adonné à la boisson d'une façon exagérée et s'était mis à courir. Il avait remarqué que ses urines étaient plus foncées et moins abondantes. Dès cette époque il ressentait déjà d'assez vives douleurs dans les reins et de violents maux de tête. Mais la céphalalgies' est accentuées surtout quelques jours avant son entrée à l'hôpital.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Parents morts à un âge très avancé, de maladies aiguës. Trois frères morts ; l'un, à 2 ans ; l'autre, à 3 ans ; le troisième, à 21 ans, à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Il dit avoir fait 7 ans de service militaire et la campagne de 1870, qui l'a beaucoup fatigué. Pendant son service militaire il ne contracte ni blennorrhagie, ni chancre. Marié à 31 ans, il a eu une fille actuellement bien portante.

Quelques semaines après son chancre induré, il aurait eu des rougeurs nombreuses sur la peau.

A son entrée à l'hôpital, sa température est de 40° le soir, de 39°5 le matin.

Traitement. — Régime lacté absolu, frictions mercurielles, iodure de potassium à doses progressives, gargarismes, attouchements à l'iodoforme, emplâtre de Vigo sur ecthyma.

Le 15 avril, les urines sont un peu moins foncées. Quantité, 1 litre environ, contenant 7 grammes d'albumine. Somnolence et maux de tête moins violents.

Le 20, la gorge est beaucoup moins tuméfiée, recouverte de larges ulcérations superficielles, grisâtres, les croûtes de l'ecthyma sont tombées et laissent à leur place des ulcérations. Celle de la main droite est profonde, très étendue, à bords assez nets, entourés d'une aréole rouge sombre, à fond un peu grisâtre.

L'œdème a disparu. La peau du malade est flasque, ridée, sèche. Il prétend avoir beaucoup maigri. Il se tient avec assez de difficulté sur ses jambes. Il dit avoir beaucoup changé et vieilli depuis quelques mois.

1^{er} mai. Sous l'influence du régime et du traitement le malade reprend des forces. Ses urines contiennent beaucoup moins d'albumine. Les amygdales sont revenues à leur volume normal et ne présentent plus d'ulcérations. Les ulcérations sont cicatrisées.

Le 15. Nouvelle poussée de plaques muqueuses dans la gorge, à forme ulcéreuse. Elles s'annoncent par des douleurs à la déglutition, moins vives qu'à son entrée. Il n'y a pas de mouvement fébrile marqué. A l'examen de la bouche et de la gorge, on constate des plaques ulcéreuses des lèvres, des joues et des amygdales. Les plaques des amygdales acquièrent rapidement une étendue considérable. Elles recouvrent de chaque côté les piliers antérieurs, les amygdales et, à gauche, empiètent sur la base de la luette. Elles sont irrégulièrement circulaires, taillées à pic. Le fond est recouvert d'enduit grisâtre. Les piliers antérieurs, le gauche surtout, sont profondément détruits.

Urines contiennent peu d'albumine.

Traitement. — Deux et bientôt 3 pilules de protoiodure. Des attouchements à l'iodoforme sont régulièrement faits. Gargarismes astringents. Soins de propreté.

Elles se modifient lentement. Le 1^{er} juin les plaques des lèvres et des joues retrocèdent et se cicatrisent vers le 4 et le 5 juin.

A cette date, les plaques muqueuses des amygdales sont encore

étendues, recouvertes d'un enduit grisâtre. A gauche, le pilier antérieur a beaucoup souffert. Il est ulcéré profondément.

Le malade va bien par ailleurs. Il supporte bien son lait. Les forces reviennent. Il n'y a plus de bouffissure du visage, ni trace d'œdème. Les urines restent foncées; elles contiennent peu d'albumine. Quantité : 1200 à 1500 grammes.

Régime lacté, 3 pilules de protoiodure, attouchements à l'iodoforme.

Le 10 juin, chute de l'enduit grisâtre, qui recouvre l'amygdale droite; la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

Le 12, l'amygdale gauche se déterge. Ulcération irrégulièrement circulaire, nettement taillée à pic; surface rougeâtre, granuleuse; profondeur difficile à apprécier. Diamètre, 2 centimètres environ. Les jours suivants, retrait de l'ulcération et cicatrisation complète.

Le 20, six ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Le 21, le malade se sent bien; les forces lui reviennent; léger nuage d'albumine. M. le Dr Raymond permet de joindre quelques aliments au lait; 3 pilules de protoiodure.

Le 30. A peine quelques traces d'albumine dans les urines. Le malade a l'aspect bon. Nous ne trouvons rien à signaler du côté du cœur, ni des poumons.

Traitement. — Trois pilules de protoiodure.

Cette observation est remarquable par les caractères gangréneux et ulcéreux qu'ont présentés les plaques muqueuses de la gorge.

La première poussée prend des allures graves, son début est bruyant, au point de simuler une angine phlegmoneuse. Elle se modifie assez rapidement sous l'influence du traitement.

La seconde poussée est moins bruyante, mais rebelle au traitement.

Nous devons aussi signaler l'apparition précoce de l'ecthyma, l'aspect particulièrement grave qu'il revêt, l'intensité de la roséole et les doses élevées de mercure prises par le malade, sans qu'il y ait eu le moindre accident ou une aggravation de l'albuminurie, qui, au contraire, s'est modifiée rapidement sous l'influence des ventouses scarifiées et du régime lacté absolu.

OBSERVATION III.

Publiée par M. le Dr Raymond dans la clinique médicale de la Charité de M. Vulpian (1879).

Néphrite parenchymateuse aiguë. — Syphilis ancienne. — Modification rapide des ulcérations que portait le malade sous l'influence de l'albuminurie.

Le nommé G..., 26 ans, chauffeur, entre le 13 avril 1877, salle Saint-Jean-de-Dieu, lit n° 26.

Antécédents. — Cet homme, âgé de 26 ans, chauffeur de machine à vapeur, dit n'avoir jamais eu de maladies graves dans son enfance. Rien à noter du côté des parents.

A 16 ans, chancre induré. Traitement mercuriel que le malade ne suit pas avec persévérance. Quelques temps après, apparition de taches rouges sur tout le corps, croûtes dans les cheveux, maux de gorge, plaques muqueuses très douloureuse de la bouche. En 1870, apparaît sur l'abdomen, les bras et les jambes, etc., une éruption de boutons, laissant des croûtes brunâtres, puis des ulcérations, taillées à pic. Ecthyma vraisemblablement.

Cette éruption, après deux mois, laisse des cicatrices dont il porte encore les traces. Le malade ne semble pas avoir subi de traitement.

Pendant son service militaire, il boit beaucoup de vin et d'eau-de-vie; cependant il se porte bien, n'a pas de pituites le matin.

Il y a trois mois, une voiture lui passa sur le côté gauche du corps, en faisant à l'avant-bras gauche, et à la partie latérale gauche du thorax, des plaies qui ne tardèrent pas à prendre un aspect ulcéreux. Crachements de sang répétés, séjour au lit pendant trois semaines. Pas de nouvelles hémoptysies, le malade reprend son travail. Il y a quinze jours, G..., après avoir eu très chaud en chauffant la machine à vapeur, but une assez grande quantité d'eau froide. Il fut bientôt pris de douleurs vives dans les reins, surtout à gauche, de céphalalgie, de troubles de la vue, de pertes d'appétit, de soif vive, de vomissements, de diarrhée. Son visage et ses sclérotiques devinrent jaunâtres.

Depuis lors, G... garde le lit ; les douleurs dans les reins continuent. Nouveaux crachements de sang répétés ; épistaxis. Il y a dix jours, œdème ; bientôt l'œdème s'étend à toute la face, aux jambes, au scrotum, à l'abdomen, aux mains.

L'urine était peu abondante et très foncée.

Le 13 avril 1877, il entre à l'hôpital.

État actuel. Aspect cachectique. La peau présente une teinte jaunâtre. En différents points du visage, on constate des cicatrices rondes, blanches, lisses, de son ancienne éruption.

Sur l'avant-bras gauche et la partie gauche du thorax et de l'abdomen se trouvent des plaies ulcéreuses, peu profondes, très étendues, de formes irrégulièrement circulaires, à fond recouvert d'une couche grisâtre et ecchymotique. Ces plaies ont eu pour origine l'accident dont G... a été victime, il y a trois mois, et sont devenues ulcéreuses à cause du tempérament syphilitique du sujet.

Les parois de l'abdomen sont considérablement œdématisées ; les membres inférieurs, la verge et le scrotum sont le siège d'un œdème considérable. Les mains, les bras, sont tuméfiées. Il en est de même des parois thoraciques. L'auscultation donne quelques râles dans les poumons ; rien du côté du cœur. Foie volumineux, rate normale. Appétit nul, soif vive. diarrhée abondante. Céphalalgie, épistaxis. Urine peu abondante, très chargée en albumine.

Traitement. — Régime lacté, 8 ventouses scarifiées sur les reins; julep avec tannin, 1 gramme; sirop de Gibert.

Les jours suivants la diarrhée devient plus abondante; le malade a des vomissements, de la dyspnée, des troubles nerveux et, entré le 13 avril, il succombe à des accidents urémiques gastro-intestinaux, dyspnéiques et nerveux, le 3 mai 1877.

A l'autopsie on trouve des reins volumineux, présentant à l'œil et au microscope toutes les lésions de la néphrite parenchymateuse aigue.

Nous relevons cette observation, non à cause des accidents graves et rapidement mortels d'urémie qu'à présentés le malade, mais à cause des modifications apportées par l'albuminurie aux plaies que portait le malade. Sous cette influence, en effet, nous les voyons changer rapidement d'aspect. Elles deviennent grisâtres, noirâtres par place. Il se fait des ruptures vasculaires et des ecchymoses.

OBSERVATION IV (inédite).

Albuminurie. — Syphilis secondaire grave. — Accidents cérébraux précoces.

Po..., âgée de 32 ans, entre à l'Hôtel-Dieu (Rennes), salle Sainte-Anne, lit n° 15, le 4 octobre 1883.

Antécédents héréditaires nuls. — Père et mère morts d'accidents aigus à un âge avancé. Pas d'antécédents personnels. Aucun signe de strume, pas de trace de rachitisme. Jamais de rhumatisme. Négation d'habitudes alcooliques.

Mariée à 18 ans, elle a eu deux enfants à terme et deux fausses couches. Ses grossesses à terme n'ont rien présenté d'irrégulier. Les accouchements furent normaux; pas d'accidents pendant le travail, ni pendant la délivrance.

A son entrée à l'hôpital, tous les signes d'une grossesse, arrivée

au septième mois et demi environ, sont constatés. L'utérus remonte à trois bons travers de doigts au-dessous de l'ombilic. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur à gauche de la ligne médiane. La femme Po... sent son enfant remuer. Le col est ramolli dans une assez grande étendue, en entonnoir. Les bords présentent des divisions; on n'arrive pas sur l'orifice interne. La partie fœtale qui se présente est difficile à déterminer. Le bassin n'offre pas de rétrécissement appréciable. Il n'y a eu, ni perte d'eau, ni de sang.

Depuis quelques semaines la femme Po... s'aperçoit que, le matin surtout, les paupières sont tuméfiées et son visage bouffi. Le soir, œdème des jambes. Céphalalgies fréquentes. Vertiges. Troubles de la vue.

Vomissements glaireux et alimentaires. Garde-robes faciles. La percussion de la poitrine ne donne rien d'anormal. L'auscultation donne quelques râles muqueux disséminés. Toux rare, peu d'expectoration. Cœur sain, bruits réguliers.

Urines peu abondantes, légèrement foncées, donnant par la chaleur et l'acide nitrique un précipité abondant d'albumine. Quantité non dosée.

Traitement. — Lait coupé avec de l'eau de Vichy artificielle. Glace contre vomissements. Ventouses sèches sur la région lombaire.

Amélioration. — Cessation des vomissements, urines plus abondantes. Céphalalgies moins vives et bientôt disparaissent. La grossesse continue son cours.

Un mois après, la femme Po... est rappelée en ville. Les urines restent albumineuses. L'œdème a disparu.

Accouchement, fin de novembre. Expulsion rapide du fœtus, sans accidents. Délivrance laborieuse; hémorrhagie sérieuse; une attaque légère d'éclampsie. Suites de couches heureuses; pas de nouvelles hémorrhagies; pas de nouvelles convulsions.

Ce tableau de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches est dressé d'après les renseignements fournis par la malade.

Le 20 mars 1884, rentrée à l'hôpital, salle Sainte-Madeleine. La femme Po... présente un aspect légèrement jaunâtre. Le visage n'est pas bouffi. Les paupières sont tuméfiées. Les mains, les jambes, les cuisses et les parois abdominales sont œdématisées. Pas de liquide appréciable dans le péritoine. Céphalalgie intense. Vertiges, troubles de la vision.

Appétit nul; envies de vomir; légère diarrhée; respiration plus fréquente qu'à l'état normal; rien à la percussion; râles muqueux disséminés. Cœur sain; pas de bruits anormaux. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Rate normale.

Les urines sont très foncées, peu abondantes et donnent par les réactifs un précipité épais d'albumine.

Sur le corps on constate une éruption abondante, polymorphe, rouge foncée, formée de papules lenticulaires et nummulaires. Sur le dos existent des plaques synammeuses; sur les jambes et sur les bras, des croûtes noirâtres.

Cette éruption est indolente, n'occasionne aucune démangeaison, aucune cuisson; maux de gorge. La gorge est rouge. Sur les deux piliers antérieurs, plaques muqueuses; même éruption sur la lèvre inférieure. Ganglions cervicaux engorgés. Ils sont durs, indolents.

Aux aines, ganglions engorgés, indolents, multiples. Sur les parties génitales, éruptions assez abondantes de plaques muqueuses érosives. Accident primitif impossible à trouver.

Traitement. — Régime lacté. Ventouses sèches sur la région lombaire. Une pilule de protoiodure de 0,05 centigrammes. Iodure de potassium, 2 grammes. Gargarismes avec alun, 4 gr. Lavages fréquents des parties génitales et cautérisation au nitrate d'argent.

La céphalalgie diminue; pas de modification de l'œdème. La respiration devient plus difficile. L'inspiration est pénible, légèrement sifflante; l'expiration est relativement facile. Sensation de corps étrangers à la gorge. Il y a de la toux. La voix est sourde. Les replis aryéno-épiglottiques sont rouges et tuméfiés.

Régime lacté; une pilule de protoiodure 0,05 centigrammes.

Eau-de-vie allemande, 20 grammes. Vésicatoire sur le devant du cou. Deux jours après, sulfate de soude, 40 grammes.

Amélioration. — La respiration devient peu à peu plus facile et silencieuse et tout rentre dans l'ordre.

Le 1^{er} mai, les urines sont plus abondantes, encore riches en albumine. L'œdème tend à disparaître. Les éruptions syphilitiques disparaissent lentement. Les plaques muqueuses ont cédé sous l'influence du traitement.

Liqueur de Van Swieten; lait.

En juin la malade est fatiguée du traitement mercuriel. Suspension du mercure; poussée de syphilides pustuleuses. Reprise du traitement; salivation vers la fin de juin, qui cède facilement au chlorate de potasse. Quelques pustules d'ecthyma. Le traitement est rétabli sans nouvel incident.

En septembre, diminution considérable de l'albumine dans les urines. Plus de syphilides. La malade sort avec la recommandation de suivre son traitement.

En décembre, la femme Po... se présente à la consultation externe de l'hôpital. Après de la céphalalgie, des vertiges et des engourdissements passagers, elle a senti de la faiblesse dans tout le côté droit du corps. Cette parésie plus accentuée dans les membres qu'à la figure est venue sans perte de connaissance, peu à peu. Il n'y a pas d'altération de la sensibilité. Caractère assez bizarre; mélancolie; pleurs assez faciles.

Traitement. — Deux pilules de protoiodure Iodure, de potassium.

Amélioration. — Les forces reviennent peu à peu dans les membres et la déviation légère de la face disparaît. Les urines restent albumineuses. Le traitement mixte est continué.

Nous assistons dans cette observation à l'apparition d'accidents secondaires graves. Ils sont intenses, modifiés dans leur objectivité, multiples. La malade présente à la fois des syphilides papuleuses lenticulaires, nummulaires et en nappes squameuses, des syphilides pustuleuses et des syphilides muqueuses. Ces modifications se modifient lentement sous l'influence du trai-

tement spécifique. De nouvelles poussées d'ecthyma apparaissent aux deux suspensions du mercure, faites l'une, parce que la malade était fatiguée, l'autre à cause de la salivation.

A un âge peu avancé de la diathèse, au onzième mois environ, les centres nerveux sont touchés. La malade a de la parésie de toute la moitié droite du corps.

Enfin nous ferons remarquer que l'albuminurie ne souffre nullement du traitement spécifique et que, malgré sa longue durée, nous ne pouvons signaler qu'une légère salivation qui ne s'est pas reproduite dans la suite.

OBSERVATION V.

Publiée dans la thèse de M. Cohadon, et communiquée par
Ættinger, interne des hôpitaux.

By..., journalier, âgé de 42 ans, entré le 25 avril 1881, hôpital Laennec, salle Maldaigne, n° 19.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Il y a 18 mois environ, blennorrhagie aiguë; quant à la syphilis dont on constate actuellement les traces manifestes, on ne peut en trouver l'origine. Le malade ne donne à ce sujet aucun renseignement; aurait-elle débuté en même temps que la blennorrhagie?

Il y a deux mois, éruption confluente de syphilides papuleuses sur tout le corps; pas de traitement. Le malade est entré à l'hôpital pour une tuméfaction du genou gauche produite par une chute et en examinant aussi les urines, on a trouvé une quantité considérable d'albumine, pas d'œdème.

Le 27 avril, cystite à la suite du vésicatoire appliquée sur le genou et qui a disparu le lendemain. Protoiodure de mercure. A la suite de l'apparition des syphilides cutanées, les cheveux sont tombés abondamment.

Dans cette observation, il est difficile de remonter à l'origine de la syphilis et de l'albuminurie. Mais il est

possible que l'albuminurie ait eu pour cause la blennorrhagie, tandis qu'il est moins probable que l'accident primitif ait évolué à cette époque. Aussi pensons-nous que l'on peut attribuer à l'existence de l'albumine dans les urines, l'intensité et la confluence de l'éruption papuleuse.

OBSERVATION VI.

Publiée dans la thèse de Négel et prise par M. le Dr Rémy, pendant son internat à l'hôpital Temporaire.

X..., âgé de 20 ans, journalier (employé à des travaux pénibles), entre à l'hôpital Temporaire, service de M. Duguet, salle Sainte-Anne, le 28 juin 1877. Ce jeune homme, très fatigué, accuse avoir eu un ganglion presternodial gauche, très volumineux, qui lui fut enlevé, il y a deux mois, par une opération chirurgicale. Le ganglion était dur, mais ne renfermait pas d'abcès. Depuis plusieurs jours ce malade a vu ses jambes enfler et actuellement l'œdème remonte à la ceinture, occupant les bourses c'est un œdème blanc et mou; les mains sont empâtées; la vue est nette. L'urine est rare et contient beaucoup d'albumine; il n'y a ni troubles digestifs, ni céphalée; pas d'hypertrophie cardiaque, ni palpitations.

Ce malade présente diverses éruptions syphilitiques de la période secondaire : 1° une roséole très pâle, visible sur les bras et sur les jambes; 2° des rougeurs circinées sur le bas ventre; 3° une plaque muqueuse des lèvres; 4° une plaque rouge circinée sur le voile du palais; 5° ses cheveux tombent. On donne le sirop de Gibert comme traitement.

Le 31 juin, l'éruption est modifiée, elle est devenue d'un rouge brun et se trouve constituée d'anneaux surélevés de forme serpigineuse qui remplacent la roséole. On observe des papules aux avant-bras et des vésicules sur la paume des mains; il a le nez enchifrené et la voix enrouée, ce qu'on attribue à l'iodisme.

Les urines contiennent du sang. L'œdème du scrotum détermine la production de vésicules dans cette région et les plis des linges déterminent des ulcérations à l'anus.

Le 10 juillet, toutes les parties, qui frottent sur les draps, portent des bulbes volumineuses de pemphigus. Il y a de l'ecthyma du nez et les oreilles coulent. Sous l'influence du repos, les jambes commencent à désenfler et l'ascite, qui avait compliqué la maladie, disparaît. L'œdème avait été si considérable que la peau des cuisses présentait des vergetures; la quantité des urines a augmenté un peu (2 litres); elles sont d'un rouge vif; au microscope, pas de globules; donc la coloration est due à la matière colorante du sang. L'urine renferme des cylindres hyalins, dont les uns avec des globules blancs, et d'autres sont granuleux.

Quelques jours après il survient du rupia aux coudes et aux genoux. Une plaque rouge surélevée, s'étendit sur une partie du bas ventre et sur les organes génitaux en remontant du côté des aines. Le malade, de plus en plus épuisé, succomba le 2 août, et à l'autopsie on trouva le gros rein blanc. Les pièces destinées à l'examen microscopique furent égarées.

L'observation de M. Rémy est pleine d'intérêt pour notre sujet. Elle nous montre un malade atteint d'albuminurie grave, dont la terminaison est la mort et dont la nature est donnée par l'autopsie (gros rein blanc). Ce malade est en même temps syphilitique. La syphilis semble avoir débuté. Elle a été probablement la cause principale de la néphrite parenchymateuse. Mais ne devons-nous voir dans cette observation que l'influence de la syphilis sur la lésion du rein? L'albuminurie une fois constituée a-t-elle été sans influence sur les manifestations syphilitiques? Ne pouvons-nous lui demander la raison de leur intensité, de leur gravité, de leur mul-

tiplicité, de leur rapide apparition et enfin de leur facile transformation? Les forces du malade ont décliné très rapidement. Il est arrivé très vite à la cachexie et nous pensons que, dans les phénomènes qu'a présentés ce sujet, il n'y a pas eu simple coïncidence, mais aussi relation de cause à effet, et que l'on doit accuser l'albuminurie de la gravité des déterminations syphilitiques.

OBSERVATION VII.

(Extraite du travail de Wagner, 1882.)

Un homme, âgé de 39 ans, souffrant depuis sa jeunesse : à 18 ans, il a eu un chancre sans accidents secondaires consécutifs; mais depuis il a eu quelques douleurs dans les articulations et il est enrôlé de temps en temps, depuis 1859. En 1877, le malade eut un second chancre avec des bubons ulcérés. A la même époque, il eut des hémoptysies et l'haleine un peu courte.

Le 27 mars 1878. Roséole syphilitique généralisée; pas d'œdème, un léger catarrhe chronique du nez et de la gorge; enrôlement continu, toux assez fréquente.

Urines diminuées de quantité, troubles et de couleur jaune verdâtre foncée. Albumine en petite quantité. Les semaines suivantes, la quantité des urines varie entre 900 à 1200 grammes par vingt-quatre heures; densité entre 1014 et 1010 et toujours petite quantité d'albumine. De temps en temps et pendant plusieurs jours, les urines sont d'un rouge sale et laissant un sédiment énorme, qui contient beaucoup de globules rouges et peu de blancs. Il y a çà et là des cylindres hyalins qui renferment des cellules épithéliales et des globules rouges et quelques-uns des cellules graisseuses.

L'iritis pour lequel il a été longtemps traité par le sublimé dans une clinique d'ophtalmologie est en état de guérison. Traitement par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles.

19 avril. Douleurs dans plusieurs jointures avec rougeur, gonflement et fièvre modérée (acide salicylique). On suspend le traitement spécifique.

Le 22, les douleurs ont disparu, on recommence les frictions mercurielles.

6 mai, conjonctivite intense.

Le 10, salivation, urines très colorées avec dépôt.

Le 15, même état.

Le 18, urines moins colorées.

Le 19, on trouve dans les urines peu d'albumine, peu de globules rouges et de cylindres.

11 juin, iritis aussi intense qu'auparavant.

Au mois de juillet, même état qu'au mois de mai. Dans cet état le malade sort au mois de novembre. Les urines sont un peu rouges.

Depuis la fin du mois de février 1879, le malade est plus faible. Il a de l'iritis et la toux est plus intense. Il entre à l'hôpital le 22 avril 1879. En général, son état est comme à sa première entrée. Il présente un emphysème léger, des signes de bronchite, de l'induration au sommet gauche.

Pas d'œdème. Les urines sont troubles et contiennent 1/8 vol. d'albumine. Dans le dépôt du fond du vase, on trouve beaucoup de globules rouges, des globules blancs et des cylindres contenant des cellules épithéliales et des globules rouges.

Au mois de mai, albumine 1/15 — à 1/20 vol. Les urines de la nuit sont plus claires que celles du jour, qui sont plus foncées.

Au commencement du mois d'août, conjonctivite, qui dure plusieurs jours, et iritis. A la fin de septembre : dysenterie légère pendant deux semaines. Le malade reste debout presque continuellement, pas d'œdème, même état pour les urines.

Depuis le 7 avril 1880 le malade a eu tous les jours des vomissements jusqu'au 30 avril.

Depuis le 7 mai, la quantité des urines se trouve à 900 grammes.

Depuis le 9, faiblesse du pouls qui est petit, céphalalgie modérée, oppression.

Le 10 mai. Le malade a du délire.

Le 12, respiration lente et le 13 et 14 somnolence, puis mort.

Cette observation nous montre un malade albuminurique, en puissance de syphilis. Il présente dès le début des accidents graves du côté de la conjonctive et de l'iris, nécessitant un long traitement au sublimé dans une Clinique d'ophtalmologie. Il était à peine guéri de son affection oculaire qu'il voit apparaître la roséole. Malgré un traitement énergique et sagement combiné, il a, dans l'espace de moins de trois ans, trois récurrences d'iritis et deux conjonctivites. Ici, encore, comme dans plusieurs de nos observations, nous assistons à l'apparition précoce d'accidents secondaires habituellement très tardifs. Ces accidents sont d'une grande intensité, tenaces et résistent au traitement spécifique.

CHAPITRE III

SYMPTOMES DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS CHEZ LES ALBUMINURIQUES. — PATHOGÉNIE.

Les manifestations, qui composent la syphilis consécutive, sont essentiellement multiples et variées de formes, de caractères et de localisations. Elles se montrent à des époques différentes de la diathèse ; mais elles n'apparaissent pas indistinctement, au hasard, dès que la carrière leur est ouverte, dès que la période intercalaire

qui sépare le chancre des accidents généraux se trouve épuisée.

C'est ainsi que la syphilis secondaire ne débute pas indifféremment par une roséole ou une périostite, par une papule ou une gomme. Son évolution est soumise, au contraire, à une véritable méthode chronologique. Ses manifestations ont leur temps marqué et leur date propre. De ces accidents, les uns ont pour caractère de succéder au chancre à bref délai, à courte échéance, dès les premiers mois de la maladie; d'autres ne viennent qu'à la suite de ceux-là et ne font guère leur apparition que vers la fin de la première année ou dans le cours de la seconde; d'autres enfin ferment la marche et ne se produisent qu'à un âge avancé de la diathèse, lorsque la maladie a vieilli, lorsqu'elle a plusieurs années d'existence.

Cette régularité dans la date d'apparition des manifestations de la syphilis, s'observe surtout dans les syphilis légères et de moyenne intensité. Dans ces formes, chaque éruption est habituellement peu intense et souvent constituée par un seul type de syphilitiques. Les poussées sont généralement peu nombreuses et se font à longs intervalles. Bon nombre de ces syphilitiques privilégiés ne présentent des accidents secondaires que les formes érythémateuses et papuleuses. Les formes pustuleuses et bulleuses les épargnent et avec un traitement de quelques mois ils font taire la diathèse pendant de longues années.

Mais, à côté de ces syphilis bénignes, il en est d'autres, qui sont plus graves, nous dirons même très graves,

excessivement graves. Dès le début elles s'annoncent avec fracas. Leurs manifestations sont multiples, confluentes et subintrantes. Très rapidement on voit apparaître des syphilides habituellement tardives, et il est possible de rencontrer, chez le même sujet, des accidents secondaires en pleine évolution et des gommès dont les unes sont encore au début de leur évolution, tandis que les autres sont déjà ramollies et ulcérées.

Ce qui nous a surtout frappé en relevant nos observations, c'est la ressemblance qui semble exister entre ces formes intenses et graves de la syphilis et celles qu'ont présentées nos malades albuminuriques. Nous les voyons, en effet, sévèrement touchés par la diathèse; nous les voyons rudement malmenés par cette créancière et nous assistons à une série non interrompue de manifestations, dont chacune revêt un cachet spécial de gravité.

Nous ne ferons que mentionner l'accident primitif. Nous ne savons pas s'il a été modifié dans ses allures. Nous ignorons s'il a été retardé dans sa cicatrisation. Dans aucun cas, toutefois, il n'a présenté cette redoutable complication, qui s'appelle le phagédénisme.

Quant à la gravité des différents phénomènes qui, chez nos malades albuminuriques, ont constitué la syphilis consécutive, elle s'est traduite de plusieurs façons. Nous citerons tout d'abord l'intensité des éruptions cutanées et muqueuses. Que nous examinions, en effet, les manifestations érythémateuses ou papuleuses de la période secondaire, que nous passions en revue ses formes sèches ou humides, nous les voyons se montrer

nombreuses, cohérentes et même parfois confluentes. La roséole est intense, disent la plupart des observations. Les taches érythémateuses, au lieu d'être séparées par de larges intervalles de peau saine, comme c'est l'habitude dans les syphilis légères, sont agglomérées, forment des groupes étendus et n'épargnent qu'une petite surface de l'enveloppe cutanée.

Les syphilides papuleuses présentent les mêmes caractères que les formes simplement congestives. Dans les syphilis, que l'on observe le plus ordinairement, les papules sont rares, disséminées, éparpillées çà et là et disséminées sur tout le corps. Il est même assez fréquent de ne compter qu'un nombre très restreint de ces éléments éruptifs. Certains sujets en sont quitte pour 150 ou 200 papules. D'autres moins favorisés en présentent un plus grand nombre. Mais dans ces cas, chaque papule reste toujours isolée et l'éruption ne recouvre qu'une partie fort minime de la peau.

Chez nos malades, principalement ceux des observations IV et V, les manifestations papuleuses se sont présentées sous un aspect bien différent ; et non-seulement leur intensité a été insolite, mais elles ont encore été modifiées dans leur forme objective.

Ainsi les papules ne sont plus disséminées, ni dissociées, mais très rapprochées, presque confluentes par places, réunies et agglomérées dans d'autres départements, de façon à constituer de véritables nappes, de véritables placards éruptifs, assez semblables à certaines formes malignes de dermatoses vulgaires, notamment à celle qui a été décrite sous le nom d'herpétide maligne.